

L'orthophonie et les troubles du langage écrit : une profession de santé face à l'école

Speech therapy and reading disorders: a health profession facing school

Marianne Woollven



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/rfp/4709>

DOI : 10.4000/rfp.4709

ISSN : 2105-2913

Éditeur

ENS Éditions

Édition imprimée

Date de publication : 31 mars 2015

Pagination : 103-114

ISBN : 978-2-84788-768-6

ISSN : 0556-7807

Référence électronique

Marianne Woollven, « L'orthophonie et les troubles du langage écrit : une profession de santé face à l'école », *Revue française de pédagogie* [En ligne], 190 | janvier-février-mars 2015, mis en ligne le 31 mars 2018, consulté le 10 décembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/rfp/4709> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfp.4709>

L'orthophonie et les troubles du langage écrit : une profession de santé face à l'école

Marianne Woollven

En France, l'orthophonie est une profession paramédicale qui consacre une partie considérable de son activité à la prise en charge des difficultés de langage écrit. Par conséquent, son domaine d'activité recoupe en partie celui de l'école. À partir d'une enquête sociologique portant sur les compétences reconnues, les savoirs mobilisés et les modalités concrètes de l'exercice professionnel en orthophonie, l'objet de cet article est d'étudier l'autonomie de ce groupe professionnel, non seulement par rapport à l'institution médicale à laquelle il appartient, mais aussi par rapport à l'institution scolaire. On met ainsi en évidence une part d'autonomie réelle tout en soulignant une dépendance et une volonté de distanciation à l'égard de l'école.

Mots-clés (TESE) : orthophonie, sociologie de l'éducation, difficulté de lecture, santé.

À l'issue d'une mobilisation de plusieurs années, le certificat de capacité d'orthophoniste est reconnu au grade de master depuis le 25 janvier 2013. Groupe professionnel en effectif croissant (Sicart, 2010), l'orthophonie consiste « à prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression ; à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions » (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2002). Ayant des compétences reconnues dans le domaine du langage écrit, l'orthophonie s'inscrit dans le champ édu-

catif au sens large. Bien qu'elle se soit toujours située en dehors de l'institution scolaire, cette profession paramédicale rencontre alors nécessairement les compétences lectorales et scripturales enseignées et évaluées à l'école. Les « troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographe, dysgraphie) » (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2002) constituent la première pathologie traitée par les orthophonistes, qui leur consacrent près du tiers de leur temps de travail hebdomadaire (Le Feuvre, 2007). Ces troubles sont désormais inscrits dans le champ du handicap (Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports, 1989), officiellement reconnus par l'Éducation nationale (Ministère de l'Éducation nationale, 1990) et le nombre d'écoliers « dys » est en augmentation depuis la loi de 2005 pour

l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (Présidence de la République, 2005; Blanc, Bondonneau & Choissard, 2011). Cette reconnaissance nouvelle s'accompagne d'une évolution des rapports entre l'école et l'orthophonie, envisagés de plus en plus en termes de partenariat par les deux parties. Du côté de l'école, l'injonction au partenariat est croissante dans de nombreux domaines (Buisson-Fenet, 2008). Du côté de l'orthophonie, les relations de partenariat avec l'école constituent une question professionnelle qui fait l'objet de nombreux mémoires de fin d'études (voir par exemple Mougel, 2009; Nadolski & Nocera, 2006).

On peut donc considérer l'orthophonie comme un acteur parmi d'autres dans la division du travail éducatif (Tardif & Levasseur, 2010) relatif au langage écrit. Les approches scolaire et orthophonique des difficultés du langage écrit diffèrent cependant : la première est pédagogique, son but est d'enseigner; la seconde est thérapeutique et vise à soigner ou rééduquer. La situation de l'orthophonie est donc paradoxale : la maîtrise du langage écrit est un objectif partagé avec le travail des enseignants mais son approche et son inscription institutionnelle diffèrent.

Bien que le rôle croissant des orthophonistes dans la prise en charge des difficultés scolaires soit souligné par des travaux récents consacrés à la médicalisation de l'échec scolaire (Garcia, 2013; Morel, 2014), l'orthophonie est peu étudiée en sciences sociales, à l'exception notable de l'ouvrage dirigé par L. Tain (2007). Or, il serait opportun de mettre en évidence les conditions institutionnelles de cette médicalisation à travers l'étude du groupe professionnel le plus impliqué dans la prise en charge thérapeutique des difficultés en lecture. C'est pourquoi on s'attachera à penser les relations qu'entretient l'orthophonie tant avec la médecine qu'avec l'école. Il s'agira donc de comprendre comment une profession paramédicale peut traiter et rééduquer des compétences scolaires, de saisir les modalités de recoupement entre son domaine de compétences et celui de l'institution scolaire¹. Grâce aux acquis de la sociologie des professions (Champy,

2009; Dubar, Tripier & Boussard, 2011; Gadéa & Demazière, 2010) et des professions de santé (Freidson, 1984), on s'interrogera sur les conditions concrètes de l'autonomie professionnelle de l'orthophonie, en vue de saisir conjointement les rapports qu'elle entretient avec l'institution médicale d'une part et avec l'institution scolaire d'autre part. Seront donc étudiés le domaine de compétences reconnu, les savoirs mobilisés ainsi que les modalités concrètes d'exercice. On prendra en compte non seulement la rhétorique professionnelle mais aussi les pratiques concrètes et l'organisation du travail (Féroni, 2000). Les débats sur les catégories d'interprétation des difficultés en lecture et les usages sociaux de ces dernières, étudiés par ailleurs (Garcia, 2013; Morel, 2014), ne sont pas au cœur de cet article. Il s'agit par contre, à travers l'analyse du traitement des troubles du langage écrit, de proposer une contribution à l'étude des dynamiques professionnelles en jeu dans les relations entre l'enseignement et le soin.

Issu d'une enquête sociologique sur la construction de la catégorie de dyslexie (Woollven, 2012), le matériau empirique sur lequel s'appuie cet article est constitué d'un corpus historique et documentaire et d'une enquête de terrain. Le corpus² est composé de textes régissant la profession et la formation (décrets officiels et maquettes), de littérature professionnelle (on a réalisé un suivi régulier de la revue professionnelle *L'orthophoniste* depuis 2001 et du site internet de la Fédération nationale des orthophonistes – FNO – depuis 2007) ainsi que d'outils utilisés par les orthophonistes pour l'évaluation des troubles du langage écrit. Il est complété par quatre entretiens avec des orthophonistes, formés et exerçant dans des régions différentes, portant sur leurs pratiques d'évaluation et de rééducation, ainsi qu'un entretien avec un responsable syndical et des observations réalisées lors de conférences ou de journées d'information sur la dyslexie entre 2008 et 2012.

On verra ainsi comment une profession paramédicale, relativement autonome à l'égard de la médecine, qui revendique la distinction de son activité par rapport aux pratiques pédagogiques est en réalité dans une situation de dépendance à l'égard de l'école dès lors qu'elle rééduque des compétences formées et évaluées scolairement. On s'intéressera dans un premier temps aux conditions de l'autonomie profession-

1 D'autres pathologies appartenant au domaine d'intervention de l'orthophonie – par exemple, la dyscalculie, apparue dans le décret de compétence de 1983, est un domaine d'intervention en hausse depuis les années 1970 (Le Feuvre, 2007) – posent encore plus clairement la question du rapport aux savoirs scolaires. Les bilans et rééducations logico-mathématiques s'apparentent davantage à une forme de remédiation scolaire qu'à une thérapie du langage.

2 Les références sont présentées à la suite de la bibliographie.

nelle dans le domaine de la santé avant d'envisager la situation de dépendance à l'égard de l'école.

Les conditions d'autonomie d'une profession paramédicale

Le statut paramédical de l'orthophonie est un élément central pour comprendre le rapport entre l'orthophonie et l'école. La légitimité de ce groupe professionnel a été acquise et s'accroît encore grâce à son inscription dans le champ médical et aux savoirs et pratiques qu'il partage avec d'autres professions de santé. Cependant, le langage, objet professionnel de l'orthophonie, n'est pas strictement inclus dans le domaine de la santé, et les espaces où l'orthophonie rencontre les savoirs et les exigences scolaires sont soumis à un moindre contrôle médical, ce qui lui confère une autonomie non négligeable d'un point de vue pratique, cognitif et fonctionnel et fait de l'orthophonie une profession paramédicale relativement originale³.

Une profession paramédicale : légitimité et autonomie pratique

L'orthophonie tient une grande part de sa légitimité professionnelle de son inscription médicale. Depuis ses débuts, elle est conçue comme une profession paramédicale tout en étant marquée par des savoirs et pratiques extra-médicaux. Les travaux sur l'histoire de l'orthophonie (Tain, 2007) identifient un épisode quasi mythique ayant donné au groupe professionnel une inscription durable dans l'espace social : en 1926, la fondatrice de l'orthophonie Suzanne Borel-Maisonny (1900-1995) collabore avec le Docteur Veau à l'Hôpital Saint-Vincent de Paul sur la rééducation des divisions palatines, ou becs de lièvre. La légitimité professionnelle ainsi acquise dans le cadre hospitalier permet ensuite une reconnaissance à l'extérieur et le développement, en parallèle, d'un mode d'exercice libéral. Plus récemment, le regain de légitimité s'appuie aussi sur l'inscription médicale. Les savoirs médicaux qui

obtiennent une place croissante dans les nouvelles maquettes de formation (Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 2013) sont dotés d'une grande légitimité sociale et politique. De plus, ces savoirs portent sur le cerveau (neurosciences, neurologie) et appartiennent aux modalités de réponse préconisées par les politiques publiques aux troubles des apprentissages (Ringard & Veber, 2001).

Cependant, l'inscription dans l'institution médicale confère aussi à l'orthophonie des formes d'autonomie pratique. Ainsi les premières orthophonistes revendiquaient-elles un rapport de complémentarité plutôt que de dépendance avec les médecins (De Luca & Vilboux, 2007). La notion de collaboration, toujours présente dans l'imaginaire professionnel, souligne la volonté de faire reconnaître une compétence professionnelle spécifique. Plus récemment, les revendications professionnelles ayant abouti en 2002 à la redéfinition de l'acte du bilan orthophonique⁴ témoignent de la prégnance et de l'efficacité de cette rhétorique de la complémentarité. À la différence du modèle d'E. Freidson (1984) – mieux à même de rendre compte du travail infirmier en contexte hospitalier –, le diagnostic puis le traitement orthophoniques sont délégués, confiés à l'orthophoniste par le médecin : le premier « n'assiste » pas le second. La marge d'intervention de l'orthophoniste se trouve considérablement accrue et reconnue dans le fonctionnement du système de santé. Le médecin généraliste peut prescrire deux types de bilan : soit un « bilan orthophonique d'investigation », soit un « bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire » (Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2002). Le premier type correspond à un schéma classique dans lequel le médecin demeure responsable du diagnostic et du traitement. Le second, par contre, transforme considérablement le rapport entre le médecin prescripteur et l'orthophoniste chargé du bilan et de la rééducation. Il revient alors au second de juger si la rééducation est nécessaire. La prescription médicale n'est plus seulement une délégation de tâches exercées sous contrôle d'un médecin, elle donne à l'orthophonie un domaine d'intervention beaucoup plus autonome. On peut donc considérer que certaines tâches sont presque entièrement déléguées à l'orthophoniste par le médecin. Les

3 L'essentiel des travaux sur les professions paramédicales, classiques et contemporains, internationaux et français, portent sur les infirmières ou d'autres personnels de santé qui exercent en contexte hospitalier (Davis, 1966 ; Arborio, 2001). Aussi une comparaison systématique des professions paramédicales est-elle difficile, le travail des orthophonistes s'exerçant dans des conditions très différentes.

4 Ces revendications émanant notamment de la Fédération nationale des orthophonistes, principal syndicat, sont présentées dans les publications professionnelles et notamment la revue *L'orthophoniste*.

syndicats de la profession n'ont pas manqué de souligner l'autonomie supplémentaire ainsi obtenue. Le président de la Fédération nationale des orthophonistes affirme alors que « la loi donne enfin à l'orthophoniste la reconnaissance de sa pleine responsabilité diagnostique et thérapeutique » (*L'orthophoniste*, 2002, p. 2). Le bilan est le prototype de la complémentarité en acte, la rhétorique professionnelle venant renforcer les pratiques. Ainsi, la conception de l'orthophoniste comme collaborateur du médecin est un argument historique de la rhétorique professionnelle qui s'actualise dans des pratiques réelles.

C'est donc en tant que professionnels de santé que les orthophonistes sont un groupe professionnel légitime et autonome. Mais la part d'autonomie provient également d'influences extra-médicales.

La langue comme objet professionnel : une autonomie cognitive

Depuis ses débuts, l'orthophonie est marquée par l'apport de différentes disciplines. S. Borel-Maisonny, influencée par la psychologie et la pédagogie, insistait pour que ses élèves soient formées en phonétique et sur le plan clinique (De Luca & Vilboux, 2007). Dans les années 1950, elle collabore avec des pédagogues et d'autres chercheurs à des travaux sur les apprentissages scolaires (*Enfance*, 1951), tout en cherchant à se distinguer de l'institution scolaire. Alors que, dans les années 1950 et 1960, des orthophonistes interviennent dans des classes pour enfants en difficulté, elle met clairement en garde ses élèves contre le rôle de répétiteur (De Luca & Vilboux, 2007), les pratiques d'enseignement servant de contre-modèle professionnel. Ainsi l'orthophonie s'est-elle développée au croisement d'influences disciplinaires plurielles, réappropriées pour créer un domaine spécifique.

Ce qui distingue l'orthophonie d'autres activités professionnelles, c'est son objet professionnel, à savoir le langage dans sa totalité. L'ouvrage *Langage oral et écrit* (Borel-Maisonny, 1960) présente les principaux éléments de la démarche d'unification de cet objet réalisé par la fondatrice de la profession. Bien qu'elle n'explique pas explicitement ce qui en fait l'unité, le caractère indissociable de la dimension orale et de la dimension écrite du langage apparaît en filigrane. L'introduction au second tome intitulée « La parole normale et ses troubles » illustre parfaitement cette démarche d'unification : partant d'une connaissance

des mécanismes laryngés, l'auteure montre leur rôle dans la production des phonèmes, avant de préciser l'existence d'une correspondance importante mais incomplète entre ces phonèmes et les graphies dans les langues alphabétiques telles que le français. Elle passe donc rapidement de la parole conçue en termes physiologiques à la phonétique puis à l'orthographe, presque sur le mode de l'évidence, traçant ainsi clairement les limites d'un large domaine de compétences.

La maîtrise de cet objet professionnel implique la constitution d'un savoir spécifique. Le savoir est l'un des critères expliquant la moindre autonomie des métiers paramédicaux par rapport à la profession médicale (Freidson, 1984). En général, les connaissances techniques mobilisées par ces métiers sont produites par des médecins. Ainsi la kinésithérapie, autre profession paramédicale de rééducation, s'appuie-t-elle principalement sur des connaissances issues de l'anatomie, une spécialité médicale (Gaubert, 2006). Au contraire, le savoir mobilisé en orthophonie n'est pas strictement d'origine médicale mais inclut aussi des apports des sciences humaines. C'est là le coup de force de S. Borel-Maisonny qui combine des éléments de phoniatry – discipline médicale consacrée aux troubles de la voix, de la parole et du langage – et de linguistique, un savoir non médical. À l'heure actuelle, la rhétorique professionnelle revendique un savoir orthophonique panaché, combinant différents types de connaissances sur un objet commun : le langage. C'est ce qu'indique le responsable syndical interrogé : « On va puiser dans tout un tas de disciplines des connaissances et nous on fabrique le savoir spécifique orthophonique. [...] Et on pioche de tous les côtés ». Différents outils sont mis en œuvre dans les pratiques de rééducation et s'appuient sur des connaissances théoriques issues de plusieurs champs disciplinaires. Les orthophonistes interrogés évoquent tous la diversité des « approches » théoriques (psychologie cognitive, psychanalyse, etc.) et font référence dans la description de leurs pratiques professionnelles à des connaissances physiologiques comme la neurologie ainsi qu'à des savoirs sur la langue écrite (orthographe, grammaire, phonétique).

En pratique, les savoirs auxquels sont formés les orthophonistes relèvent bien d'une logique de combinaison. L'étude des maquettes de formations antérieures à la réforme de 2013 et du référentiel de formation du certificat de capacité d'orthophoniste (Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche,

2013)⁵ permet d'objectiver plusieurs types de savoirs. Les anciennes formations en quatre ans portaient d'abord sur les connaissances générales nécessaires à l'orthophonie, puis sur les pathologies avant d'aborder les rééducations et la pratique professionnelle par le biais d'un stage et d'un mémoire. Le référentiel de 2013 reprend une progression similaire avec une répartition selon les semestres qui diffère selon les troubles. Ainsi la formation sur les troubles du langage écrit commence-t-elle par des éléments généraux et appliqués de sciences du langage (S1 à S3) et sur le développement du langage (S3, S4). Elle se poursuit avec l'étude des troubles (S5) et s'achève avec une formation aux pratiques de bilan et d'évaluation (S7) puis d'intervention (S8). Mis à part les éléments portant spécifiquement sur les pratiques professionnelles orthophoniques, trois types de connaissances coexistent dans ces cursus : des connaissances relevant de la médecine (neurologie, ORL, anatomie, physiologie ou santé publique) et désignées comme « sciences biomédicales » dans le référentiel de 2013 ; des connaissances relevant de la psychologie (psychologie du développement, psychologie cognitive, neuropsychologie, etc.) ; enfin des connaissances issues des sciences humaines et sociales (sciences du langage, linguistique, phonétique, pédagogie, sciences de l'éducation). Les savoirs les moins formalisés (notamment ceux relatifs à l'éducation) ne sont présents qu'en début de formation, ce qui laisse penser qu'ils sont envisagés comme des éléments d'une culture commune indispensable aux orthophonistes mais qui n'ont qu'une visée contextualisante et peu de portée pratique. La linguistique et les sciences du langage occupent par contre une place à part et distinguent l'orthophonie d'autres professions paramédicales. Par exemple, la formation en orthophonie à Marseille avant 2013 s'inscrit dans une licence de sciences de la réadaptation ; elle comporte des éléments communs avec celle des orthoptistes et kinésithérapeutes, notamment la neurologie, les sciences cognitives et la psychobiologie. Les enseignements de linguistique, par contre, sont spécifiques aux études d'orthophonie. Or, la connaissance formelle, et non seulement physiologique, du fonctionnement de la langue ne relève d'aucune spécialité médicale. Ainsi le savoir orthophonique, qui allie de manière originale des connaissances biomédicales et psychologiques d'une part et linguistiques d'autre

part, est-il en partie autonome par rapport au savoir médical. Cet objet professionnel échappe partiellement au contrôle des médecins et ouvre une marge d'autonomie aux orthophonistes.

L'exercice libéral : autonomie spatiale et fonctionnelle

Outre son objet professionnel, la part d'autonomie réelle de l'orthophonie tient également au mode d'exercice dominant dans la profession, à savoir l'exercice libéral. E. Freidson souligne qu'« un métier a d'autant plus de chances d'évoluer vers son autonomie fonctionnelle qu'il peut opérer à l'extérieur des organismes, notamment de ces institutions très organisées du point de vue médical que sont les cliniques et les hôpitaux » (Freidson, 1984, p. 66-67). En vertu de la loi du 10 juillet 1964 (Ministère de l'Éducation nationale et ministère de la Santé publique et de la Population, 1964), les orthophonistes sont des auxiliaires de santé : gérés par l'Assurance Maladie, ils travaillent sur prescription médicale mais peuvent exercer en dehors de la présence d'un médecin. Mais à la différence d'autres professions paramédicales, l'exercice libéral prédomine en orthophonie : en 2010, 80 % des orthophonistes exercent en libéral (Sicart, 2010), contre 78 % des kinésithérapeutes et 14 % des infirmières (Bouchayer, 2010). De plus, la prise en charge des troubles du langage occupe une part bien plus importante de l'activité des orthophonistes libéraux que dans d'autres formes d'exercices : 13,5 heures des 36,5 heures moyennes hebdomadaires leur sont consacrées en libéral, contre seulement le quart de l'activité hebdomadaire en exercice salarié (Le Feuvre, 2007). Ainsi les troubles du langage sont-ils majoritairement diagnostiqués et rééduqués par des orthophonistes en dehors d'institutions médicales ou médico-sociales (hôpital, centre médico-psycho-pédagogique [CMPP], centre d'action médico-sociale précoce [CAMSP], etc.)

Dans ce contexte, la rencontre entre le soignant et le patient atteint de troubles du langage écrit s'apparente au « colloque singulier » de la médecine, se distinguant par là même de la forme scolaire et de son caractère collectif (Vincent, Lahire & Thin, 1994). Le cadre spatial rappelle certes l'institution médicale (les consultations individuelles nécessitent une prise de rendez-vous préalable, éventuellement par l'entremise d'une secrétaire médicale lorsque les locaux sont partagés avec d'autres professions paramédicales) mais aussi celui des professions libérales (le cabinet est

5 La formation aboutissant au certificat de capacité d'orthophoniste se déroule sur dix semestres notés S1 à S10.

matérialisé dans l'espace public par une plaque). Ainsi, l'autonomie conférée par l'exercice libéral tient au fait que le contrôle médical n'est pas direct mais médiatisé par la prescription écrite. L'exercice de l'orthophonie face aux difficultés lectorales et scripturales se fait dans une situation d'autonomie spatiale et fonctionnelle par rapport à la médecine : l'orthophoniste intervient sous le contrôle distant – voire uniquement administratif – d'un médecin, jamais sous son regard.

Ainsi, la prise en charge des troubles du langage écrit permet de souligner la singularité de l'orthophonie, une profession paramédicale dont la complémentarité avec la médecine est non seulement un argument de rhétorique professionnelle, mais tient aussi aux savoirs non médicaux qu'elle mobilise et à l'exercice libéral qui prédomine. L'autonomie de l'orthophonie que nous venons de mettre en évidence n'est pas une caractéristique inhérente à ce groupe professionnel mais résulte d'une conjonction d'éléments. Si la prise en charge orthophonique des difficultés en lecture et en écriture se fait dans une autonomie relative par rapport à la médecine, elle s'inscrit néanmoins dans un rapport de dépendance complexe à l'égard de l'institution scolaire.

Mettre à distance les jugements scolaires

L'orthophonie est dépendante de l'école dans la mesure où cette dernière fixe d'une part les normes d'acquisition du langage écrit sur lesquelles sont basés les bilans et rééducations paramédicaux, et qu'elle peut d'autre part lui adresser des élèves en difficultés. Étant donné cette dépendance, l'orthophonie s'efforce de se distinguer de l'école par le contrôle des relations et en menant ses propres activités d'évaluation.

Des « praticiens de l'échec scolaire »

Dans le cas des troubles du langage écrit qui nous intéressent ici, la prise en charge orthophonique n'a de sens que par rapport à des exigences scolaires.

Tout d'abord, le motif de consultation, qui précède la prescription médicale, est un indicateur de dépendance à l'égard de l'école. Pourquoi certains élèves consultent-ils un orthophoniste ? Notre enquête ne porte pas spécifiquement sur les modalités d'orientation de certains élèves vers l'orthophonie pour des troubles du langage écrit. On peut néanmoins s'ap-

puyer sur les travaux consacrés aux élèves en difficulté scolaire, qui par le biais d'un objet d'étude différent nous renseignent sur les motifs de consultation et montrent le rôle central des jugements scolaires. Dans une enquête sur l'aide apportée aux apprentis lecteurs en difficulté portant sur 558 élèves, C. Viriot-Goeldel (2013) fait le constat d'un recours massif à l'orthophonie. Étudiant les habitudes de lecture d'élèves de seconde générale, F. Renard (2011) constate rétrospectivement la fréquence des orientations vers l'orthophonie en cas de difficultés en lecture repérées à l'école. Dans sa recherche sur les collégiens en difficulté scolaire de parents fortement diplômés, G. Henri-Panabière (2010) souligne pour sa part que plus de la moitié de ses vingt enquêtés sont suivis par un orthophoniste en raison de leurs difficultés. Par ailleurs, les orthophonistes rencontrés au cours de l'enquête sont conscients du fait que d'éventuels troubles du langage écrit sont forcément « révélés » par l'école et que leur objectivation dans un bilan orthophonique n'est possible que grâce à des épreuves très proches des exercices scolaires (lecture à haute voix, dictée, etc.). Dans les faits, les orthophonistes sont donc bien des « praticiens de l'échec scolaire » (Morel, 2010).

La dépendance à l'égard des exigences scolaires apparaît également lorsque l'on s'intéresse au travail réalisé par les orthophonistes. La méthode proposée par S. Borel-Maisonny (1960) s'apparente au travail scolaire par son découpage en leçons, la présence d'exercices de dictée et l'enseignement de la grammaire. Dans la pratique professionnelle actuelle, le niveau scolaire est la première donnée considérée par les orthophonistes interrogés lorsqu'ils réalisent un bilan⁶. Pour ce faire, ils mobilisent des batteries de tests conçues et étalonnées par rapport à un niveau scolaire (par exemple Pech Georgel & Georges, 2006) et plus rarement par âge (Lefavrais, 2005). Ainsi la mise en évidence de troubles du langage écrit est-elle possible uniquement sur la base de ce que fait l'école. Pour ce qui est de la rééducation, les orthophonistes interrogés mentionnent à de nombreuses reprises – et sans aucune sollicitation de la part de l'enquêtrice – les stratégies qu'ils adoptent selon les classes :

Je demande aux parents s'il y a un cahier ou un livre de lecture, est-ce qu'ils peuvent me l'amener, en disant

6 La connaissance du fonctionnement du système éducatif est l'un des premiers éléments abordés dans la formation, en théorie mais aussi en pratique par le biais d'un stage en milieu scolaire (Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 2013).

où ils en sont. [...] En plus, dans ta rééducation, ça te permet si c'est un enfant qui est pas du tout entré dans la lecture et avec lequel faut tout reprendre, tant qu'à faire reprendre sur des sons qu'il a déjà vu en classe et pas introduire quelque chose qu'il a pas encore vu, que ça puisse faire écho, que ça reste cohérent avec la progression que propose l'institut (entretien avec Cécile Bourgeois, orthophoniste en région parisienne).

Dans cet extrait, la prise en charge n'a de sens que par rapport à la progression dans les apprentissages définie par l'école.

Enfin, pour les orthophonistes et les parents d'enfants dyslexiques interrogés dans le cadre de la même enquête, les effets de la rééducation sont perçus à l'école. L'évolution des notes en dictée est abordée par l'orthophoniste Nathalie Dupont dans les échanges avec les parents de ses patients et est une question récurrente dans les réunions et événements associatifs observés. L'exercice qui évalue le plus la maîtrise des règles de la langue écrite constitue le meilleur indicateur d'efficacité de la rééducation orthophonique. L'intervention orthophonique pour les troubles du langage écrit est donc très souvent une réponse à des situations de difficulté scolaire. Pourtant, si l'orthophonie s'inscrit dans un rapport de dépendance à l'égard de l'école, ses pratiques professionnelles sont caractérisées par un souci de se démarquer et de contrôler les relations avec celle-ci.

Contrôler les relations avec l'école par le secret professionnel

La distinction entre thérapie et pédagogie, entre le travail des orthophonistes et celui des enseignants, est un trait récurrent de la rhétorique du groupe professionnel depuis ses débuts. Les propos d'une orthophoniste, lors d'un colloque organisé en 1986 par l'Union nationale France Dyslexie (UNFD)⁷, en constituent l'un des meilleurs exemples :

Je pense que si on est orthophoniste justement on n'est pas institutrice, et qu'on ne sait pas être institutrice, on ne nous a pas formées pour être institutrices. On nous a formées pour être des thérapeutes du langage, donc on ne fait pas du tout le même travail, et je crois qu'il est important de le dire ici. Nous ne sommes pas un soutien pédagogique ou une aide pédagogique. Nous ne sommes pas l'école. Nous

sommes des rééducateurs du langage. Des spécialistes du langage (UNFD, 1986).

Cécile Bourgeois exprime tout aussi explicitement cette volonté de distinction en affirmant qu'il est important que les parents « ne nous confondent pas avec du soutien scolaire ».

La distinction à l'égard de l'institution scolaire apparaît également de manière plus implicite par le recours au secret médical. Alors que la démarche empirique envisagée pour l'enquête prévoyait l'observation de séances d'orthophonie afin de saisir les pratiques professionnelles, les prises de contact n'ont pas été fructueuses : le secret professionnel était le principal motif invoqué pour fermer la porte des consultations, ce qui semblait paradoxal étant donné l'apparent intérêt à l'égard de la recherche dont faisaient preuve les mêmes orthophonistes. L'exercice libéral, dominant comme on l'a vu plus haut, est probablement déterminant pour comprendre ces refus. E. Freidson (1984) souligne en effet que l'entretien en face à face renforce la dépendance à l'égard du patient. Mais la question du secret est aussi apparue dans l'analyse de la littérature professionnelle, le plus souvent sous un angle juridique. Prenant pour modèle la médecine libérale, le respect du secret est envisagé comme une marque de professionnalisme (Paillet, 2009) et conduit à exclure les profanes. À ce titre, seuls les étudiants en orthophonie peuvent être acceptés comme observateurs d'une séance de rééducation :

Vous devez refuser la présence d'élèves collégiens, lycéens ou autres lors de vos rééducations, à l'exception des étudiants en orthophonie (pour la présence de ces derniers, il convient bien évidemment de demander son accord au patient et à ses responsables légaux) (*L'orthophoniste*, 2001, p. 23-24).

Dans ces conditions, on comprend que le sociologue observateur, considéré comme « profane », est *persona non grata* en rééducation orthophonique.

Pourtant, on ne peut se contenter d'envisager le secret en ces termes. Pour l'objet qui nous intéresse ici, il faut considérer le secret comme une « limitation de la connaissance réciproque » (Petitat, 1998), c'est-à-dire en termes de circulation de l'information. Il s'agit alors de déterminer quel est le destinataire de ce secret, à qui certaines informations ne devraient pas être divulguées. À propos des troubles du langage écrit, il n'y a pas de secret entre l'orthophoniste et le patient ni entre l'orthophoniste et d'autres soignants (tous peuvent consulter un bilan orthophonique qui les concerne à titre personnel pour l'un, professionnel

7 Dans les années 1980-1990, l'UNFD est un regroupement d'associations qui organise plusieurs colloques en vue de promouvoir la reconnaissance de la dyslexie auprès des pouvoirs publics.

pour les autres). Il faut introduire un troisième acteur extérieur à l'institution médicale pour comprendre la fonction de ce secret. Le texte cité plus haut mentionne plusieurs domaines dans lesquels le secret médical aurait cours comme les questions fiscales, d'assurance ou relatives à la justice. Mais c'est par rapport à l'école qu'il prend tout son sens : « Est-ce pour autant que l'on puisse transmettre à un enseignant le compte rendu d'un bilan orthophonique ? La réponse est à l'évidence négative » (*L'orthophoniste*, 2001, p. 24). Le même article conseille de ne pas adresser directement les comptes rendus aux enseignants, mais de proposer une mise en relation par le biais des parents. La pratique du secret professionnel a bien pour effet de limiter la circulation de l'information : tandis que l'orthophoniste et les médecins communiquent, les enseignants et l'orthophoniste d'un même enfant sont en situation d'asymétrie d'information. Ces analyses sont cohérentes avec le constat fait par C. Viriot-Goedel (2013) d'une faible coordination entre enseignants et orthophonistes.

Le secret permet non seulement à l'orthophonie de se distinguer de l'école en limitant la communication, il lui permet aussi de maîtriser les relations avec cette dernière. Suivant les conseils de la FNO, l'orthophoniste opère une sélection et ne communique aux enseignants que « certains éléments ». « Seuls ceux indispensables à l'organisation de la scolarité pourront être communiqués », mais il revient à l'orthophoniste de juger de leur nécessité et donc de définir les termes dans lesquelles les « fructueuses collaborations » sont possibles (*L'orthophoniste*, 2001). En entretien, un responsable syndical explique qu'il y a des choses « qu'on n'a pas à dire » aux enseignants. Il estime qu'avec l'accord des parents, il est possible de « parler des compétences, des capacités et des déficiences [...] dire [...] comment le patient, dans ce cas-là l'enfant, tirerait un meilleur profit de, compte tenu de ses difficultés et de ses capacités, en le représentant comme-ci ou comme-ça, oui. Mais après voilà, ça va pas aller plus loin ». Par contre, « la raison profonde du trouble » ne devrait pas être mentionnée. Ainsi, l'origine du trouble, c'est-à-dire la dimension paramédicale, est considérée comme extérieure aux compétences de l'école et ne la concerne donc pas. Seules peuvent être transmises des informations relatives aux « compétences », qui peuvent avoir un effet sur les apprentissages et les résultats scolaires. Il revient donc à l'orthophoniste de juger ce qui est nécessaire à l'organisation de la scolarité et donc de déterminer ce qui relève de son propre champ d'action d'une part et du domaine de l'école d'autre part.

Le bilan : des difficultés aux pathologies

Cette répartition des rôles passe par la mise en évidence du caractère pathologique des troubles sur lesquels porte le travail orthophonique – qui se distinguent des difficultés, appréhendées par les enseignants. Le bilan est donc l'étape déterminante dans cette division des tâches. Or, le diagnostic orthophonique des troubles du langage écrit est opéré sur la base de normes scolaires tout en cherchant à s'en distancier.

Les troubles du langage écrit sont des catégories diagnostiques (Jutel, 2009) mobilisant des modèles théoriques – *a priori* assez différents de ceux communément utilisés à l'école – qui insistent sur l'origine organique des difficultés (neurobiologie, neuropsychologie, sciences cognitives, etc.). Les outils du diagnostic orthophonique sont très souvent des emprunts à la psychologie scolaire et sont étalonnés sur des populations scolaires. Les orthophonistes interrogés au cours de l'enquête font preuve d'une grande réflexivité à l'égard de ces outils. Ils avouent « bricoler » et insistent sur la nécessité de combiner des outils pour avoir un regard complet sur l'enfant. Leurs réserves portent parfois sur des questions techniques, comme celle de l'étalonnage ou de validation des tests, mais tous considèrent les tests étalonnés comme des outils d'une grande utilité servant à déterminer la présence d'une pathologie : « Le chiffre il me permet de dire que c'est pathologique » (entretien avec Cécile Bourgeois).

La détermination du caractère pathologique des difficultés en lecture est donc l'élément-clé de la démarche. Elle est opérée par un raisonnement statistique en théorie, qui peut aussi être un raisonnement graphique en pratique. Parmi les tests étudiés, la Batterie d'évaluation de lecture et d'orthographe (Pech Georget & Georges, 2006) fournit un bon exemple. Elle est composée d'une série d'épreuves (mécanismes élémentaires, lecture de mots, etc.) et destinée à des élèves de CP et CE1. On ne s'attardera pas ici sur le contenu et les modalités de passation des épreuves pour se concentrer sur les résultats qu'elles permettent d'obtenir et sur la détermination de profils en vue d'un dépistage précoce de la dyslexie, tels qu'ils sont présentés dans le guide d'utilisation. Comme dans la plupart des tests du langage écrit, la distribution statistique des résultats retient les seuils conventionnels utilisés dans les tests d'intelligence⁸. Le

8 Dans la plupart des cas, les résultats suivent une loi Normale, la moyenne (100) et l'écart-type (15) tout comme les tests du WISC-III et IV (Wechsler, 1996, 2007).

seuil de pathologie retenu est le dixième centile. Pour chaque patient, un tableau permet de convertir le score brut obtenu à chacune des épreuves en percentile puis de le reporter sur un axe gradué où les zones « moyenne », « à risque » et « pathologique » sont symbolisées par des couleurs différentes⁹. La représentation graphique permet d'objectiver simplement les résultats. Ainsi N. Dupont peut-elle indiquer immédiatement en entretien à propos d'un item qui tombe dans la zone grisée que « là, c'est patho ». Le fait de traiter des pathologies est un indice supplémentaire de l'ancrage médical de la rhétorique professionnelle de l'orthophonie. Comment comprendre le terme de « pathologie » tel qu'il est utilisé ici ? Dans une perspective médicale est considérée comme pathologique toute altération de l'état de santé, des fonctions physiques ou mentales d'une personne (Garnier, Delamare, Delamare *et al.*, 2008 ; Académie nationale de Médecine, 2015). Si l'on prend l'épreuve des graphèmes simples, les élèves de CE1 qui obtiennent des scores inférieurs ou égaux à 23 sont considérés comme des cas « pathologiques » au sens statistique, du fait de leur écart à une moyenne. Leurs cas sont donc pathologiques au sens défini par É. Durkheim (1988) : ils diffèrent de la norme par leur caractère exceptionnel et ne présentent pas les formes « les plus générales » c'est-à-dire les plus courantes dans une population donnée à un moment donné. Dans une formulation d'inspiration durkheimienne, les scores de ces élèves sont pathologiques par leur écart au « type moyen » de l'élève de CE1. Le choix du seuil n'est expliqué nulle part dans les documents d'accompagnement des tests. La détermination du caractère pathologique d'un cas ne renvoie pas à un état de santé, repose moins sur le jugement d'un clinicien que sur une procédure qui incorpore implicitement des jugements scolaires. Le recours à des seuils, tout aussi présent dans les pratiques diagnostiques médicales, n'est pas assorti ici d'un questionnement sur les conséquences sanitaires des profils obtenus. La norme statistique retenue n'est alors rien de moins que l'objectivation d'une norme scolaire, le niveau moyen des élèves à une étape de la scolarité.

Dès lors qu'il porte sur des difficultés relatives au langage écrit, le travail de rééducation orthophonique ne peut ignorer les pratiques et les exigences de

l'école. Il s'efforce cependant de s'en distancier, tant en rhétorique qu'en pratique, en contrôlant l'information grâce au secret médical. Pourtant, l'activité diagnostique permettant d'identifier le caractère pathologique de difficultés et distinguant donc le domaine de l'orthophonie de celui de l'école mobilise également, bien qu'implicitement, des normes scolaires.

Conclusion

Les difficultés d'apprentissage du langage écrit appartiennent indiscutablement au domaine de compétence de l'école, chargée de la transmission de compétences lectorales et scripturales. De manière tout aussi incontestable, elles concernent également les orthophonistes en tant que thérapeutes du langage dans son ensemble. Cette profession paramédicale a donc un statut relativement original et jouit, pour ce segment non négligeable de son domaine d'activité que sont les troubles du langage écrit, d'une réelle autonomie à l'égard de la médecine, du fait notamment des savoirs qu'elle mobilise (tout particulièrement la linguistique) et de ses conditions d'exercice. Par contre, les relations qu'elle entretient avec l'institution scolaire s'avèrent bien plus complexes. L'orthophonie est dépendante de l'école dans la mesure où cette dernière fixe les normes d'acquisition du langage écrit. Le travail orthophonique portant sur les difficultés du langage écrit s'inscrit donc dans un processus plus général de médicalisation des difficultés scolaires. Cette médicalisation s'opère par le biais des pratiques de diagnostic mais s'accompagne aussi d'une distanciation, par la rhétorique et par les pratiques.

Marianne Woollven

Université Clermont Auvergne,
Université Blaise Pascal, ACTÉ
ENS de Lyon, centre Max Weber
marianne.woollven@ens-lyon.fr

9 C. Bourgeois m'a également transmis un tableur qui convertit automatiquement les scores bruts en une représentation graphique.

Bibliographie

- ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE (2015). *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine*. En ligne : <<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/>> (consulté le 31 août 2015).
- ARBORIO A.-M. (2001). *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Anthropos.
- BOUCHAYER F. (2010). « Un regard transversal sur la fonction soignante de proximité : médecins généralistes, infirmières et kinésithérapeutes libéraux ». In G. Bloy & F.-X. Schweyer, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'EHESP, p.169-188.
- BUISSON-FENET H. (2008). *L'administration de l'Éducation nationale*. Paris : PUF.
- CHAMPY F. (2009). *La sociologie des professions*. Paris : PUF.
- DAVIS F. (dir.) (1966). *The nursing profession: five sociological essays*. New York : John Wiley and Sons.
- DE LUCA V. & VILBOUX R. (2007). « L'émergence de l'orthophonie : à la croisée des chemins (1930-1940) ». In L. Tain, *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*. Rennes : Éd. de l'ENSP, p.21-32.
- DUBAR C., TRIPIER P. & BOUSSARD V. (2011). *Sociologie des professions*. Paris : Armand Colin.
- DURKHEIM É. (1988). *Les règles de la méthode sociologique*. Paris : Flammarion.
- FÉRONI I. (2000). « L'identité infirmière vue par ses élites. Pièges et limites d'une rhétorique professionnelle ». In G. Cresson & F.-X. Schweyer, *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*. Rennes : Presses de l'EHESP, p.31-36.
- FREIDSON E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.
- GADEA C. & DEMAZIERE D. (2010). *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*. Paris : La Découverte.
- GARCIA S. (2013). *À l'école des dyslexiques. Naturaliser ou combattre l'échec scolaire ?* Paris : La Découverte.
- GARNIER M., DELAMARE V., DELAMARE J. & DELAMARE T. (2008). *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. Paris : Maloine.
- GAUBERT C. (2006). *Le sens des limites. Structuration du corps des masseurs-kinésithérapeutes, définition sociale de leur compétence et imposition scolaire de la domination médi-*
- cale*. Thèse de doctorat, sociologie, EHESS.
- HENRI-PANABIÈRE G. (2010). *Des « héritiers » en échec scolaire*. Paris : La Dispute.
- JUTEL A. (2009). « Sociology of diagnosis: a preliminary review ». *Sociology of health and illness*, vol.31, n°2, p.278-299.
- LE FEUVRE N. (2007). « L'évolution des domaines d'intervention des orthophonistes ». In L. Tain, *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*. Rennes : Éd. de l'ENSP.
- MOREL S. (2010). *L'échec scolaire en France (1960-2010). Sociologie d'un champ d'intervention professionnelle*. Thèse de doctorat, sociologie, EHESS.
- MOREL S. (2014). *La médicalisation de l'échec scolaire*. Paris : La Dispute.
- PAILLET A. (2009). « Les infirmières des services de réanimation néonatale : gestion et fabrication du secret médical ». In D. Demazière & C. Gadéa, *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*. Paris : La Découverte.
- PETITAT A. (1998). *Secret et formes sociales*. Paris : PUF.
- RENARD F. (2011). « La construction des habitudes de lecture ». *Savoir/Agir*, vol.3, n°17, p.75-79.
- SICART D. (2010). « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2010 ». *DREES, Série Statistiques*, n°144.
- TAIN L. (2007). *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*. Rennes : Éd. de l'ENSP.
- TARDIF M. & LEVASSEUR L. (2010). *La division du travail éducatif. Une perspective nord-américaine*. Paris : PUF.
- VINCENT G., LAHIRE B. & THIN D. (1994). *L'éducation prisonnière de la forme scolaire ? Scolarisation et socialisation dans les sociétés industrielles*. Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- VIRIOT-GOELDEL C. (2013). « Prévenir l'illettrisme dès l'école primaire : analyse du cas français à la lumière de la comparaison internationale ». *Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs*, n°12, p.49-70.
- WOOLLVEN M. (2012). *La construction du problème social de la dyslexie en France et au Royaume-Uni : acteurs, institutions et pratiques (de la fin du XIX^e au début du XXI^e siècle)*. Thèse de doctorat, sociologie, ENS de Lyon.

Corpus

Textes et rapports officiels

- BLANC P., BONDONNEAU N. et CHOISNARD M.-F. (2011). *La scolarisation des enfants handicapés. Rapport au Président de la République*. Paris : La Documentation française.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (1964). *Loi n° 64-699 du 10 juillet 1964 relative aux professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste*. Journal officiel de la République française (JORF), n°161 du 11 juillet 1964.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS (1989). *Arrêté du 9 janvier 1989 portant nomenclature des déficiences, incapacités et désavantages* [NOR : MENS8950092A].
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE (1990). *Note de service n° 90-023 du 25 janvier 1990. Recommandations et mesures en faveur des élèves rencontrant des difficultés particulières dans l'apprentissage du langage oral et du lan-*

gagne écrit : dyslexie. Bulletin officiel du ministère de l'Éducation nationale (BOEN), n° 6 du 8 février 1990 [NOR : MENE9050053N].

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ (2002). *Décret n° 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste*. JORF n° 104 du 4 mai 2002 [NOR : MESH0221490D].

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE (2013). *Décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste*. JORF, n° 0203 du 1^{er} septembre 2013 et BO n° 32 du 5 septembre 2013 [NOR : ESR51317552D].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (1965). *Décret n° 65-240 du 25 mars 1965 portant règlement d'administration publique et réglementant les professions d'orthophoniste et d'aide-orthophoniste*. JORF, n° 79 du 1^{er} avril 1965.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES (2002). *Arrêté du 28 juin 2002 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux*. JORF, n° 152 du 30 juin 2002 [NOR : SANS0222196A].

PRÉSIDENTE DE LA RÉPUBLIQUE (2005). *Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1)*. JORF, n° 36 du 12 février 2005 [NOR : SANX0300217L].

RINGARD J.-C. & VEBER F. (2001). *Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage*. Paris : Ministère de l'Éducation nationale.

Maquettes des formations en orthophonie

TOULOUSE : <http://www.univ-tlse3.fr/RXTR1_861/0/fiche_formation/&RH=ACCUEIL> (consulté le 16 mars 2012).

NANTES : <http://www.medecine.univ-nantes.fr/308/0/fiche_formation/&RH=1182868390315&ONGLET=3> (consulté le 16 mars 2012)

LYON : <<http://istr.univ-lyon1.fr/>> (consulté le 16 mars 2012)

Les maquettes des formations de Lille et de Marseille ont également été consultées le 16 mars 2012. Du fait de l'évolution de ces formations consécutives à la réforme de 2013, ces maquettes ne sont plus disponibles en ligne à la date de rédaction de l'article.

Publications historiques et professionnelles

BOREL-MAISONNY S. (1960). *Langage oral et écrit. Tome 1 : Pédagogie des notions de base. Étude expérimentale et applications pratiques. Tome 2 : Épreuves sensorielles et tests de langage. Appréciation de l'état du langage*. Neuchâtel ; Paris : Delachaux & Niestlé.

ENFANCE (1951) n° 5, numéro spécial : « L'apprentissage de la lecture et ses troubles. Les dyslexies d'évolutions ».

FÉDÉRATION NATIONALE DES ORTHOPHONISTES. Site internet : <<http://www.orthophonistes.fr/>> (consulté régulièrement entre 2007 et 2013).

L'ORTHOPHONISTE : revue professionnelle de la Fédération nationale des Orthophonistes (consultée régulièrement entre 2001 et 2013). En particulier : *L'orthophoniste* (2001), n° 212 : « Le bilan orthophonique ».

MOUGEL M. (2009). *Partenariat entre enseignants du primaire et orthophonistes libéraux : quelle collaboration autour des troubles du langage ? État des lieux, difficultés et demandes*. Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat de capacité d'orthophoniste, Université Henri Poincaré Nancy 1.

NADOLSKI C. & NOCERA A. (2006). *La dyslexie à l'école primaire : impact d'une adaptation de l'enseignement sur le vécu scolaire de l'enfant*. Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat de capacité d'orthophoniste, Université Claude Bernard Lyon 1.

UNION NATIONALE FRANCE DYSLEXIE (1986). *Colloque international sur la dyslexie*. Archives personnelles d'un des enquêtés.

Tests

LEFAVRAIS P. (1963). « Du diagnostic de la dyslexie à l'étude clinique de la lecture. Un nouvel instrument : le test "l'Alouette" ». *Revue de psychologie appliquée*, vol. 13, n° 3, p. 189-207.

LEFAVRAIS P. (1965). *Manuel d'application du test de l'Alouette. Test d'analyse de la lecture et de la dyslexie*. Paris : ECPA.

LEFAVRAIS P. (1967). *Manuel du test de l'Alouette. Test d'analyse de la lecture et de la dyslexie* [2^e éd.]. Paris : ECPA.

LEFAVRAIS P. (2005). *Alouette R*. Paris : ECPA.

PECH GEORGEL C. & GEORGE F. (2006). *BELO-Batterie d'évaluation de lecture et d'orthographe. Collection Tests & Matériels en orthophonie*. Marseille : Solal.

WECHSLER D. (1996). *Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants. Manuel WISC III*. Paris : ECPA.

WECHSLER D. (2007). *WISC IV*. Paris : ECPA.